Instrucciones Generales de la Junta de Reclamaciones

130 Brighton Park Blvd. * Frankfort, Kentucky * 40601 * 502-573-7986 oficina

Sitio Web: boc.ky.gov

Usted deberá utilizar tinta o escribir la información a maquina. Aunque no se cobra por concepto de "derecho de registro", es requerido el formulario original de la reclamación firmado junto con todos los comprobantes adjuntos. Podrá someterse también una copia del formulario de reclamación y comprobantes correspondientes junto con el original. Si se cuenta con un abogado, el demandante y abogado deberán firmar el formulario de reclamación. La Junta solamente aceptará reclamaciones de \$100 o más. La premiación máxima no podrá exceder una premiación única individual de \$200,000 y en el caso de múltiples reclamaciones, éstas no podrán ser superiores a una premiación total de \$350,000.

Sección I. Información acerca del demandante únicamente.

Sección II Mencione el nombre de la agencia estatal implicada.

Sección III. El nombre de la persona que lo recomendó con la Junta de Reclamaciones.

Sección IV. Fecha y hora del incidente. Deberá presentarse dentro de un año.

Sección V. Proporcione la información del incidente. **Sea específico.**

Sección VI. Proporcione una descripción completa del incidente

Sección VII Describa en detalle de qué manera la agencia estatal o empleado tuvo la culpa.

Sección VIII. Indique la cantidad exacta de dólares de su reclamación junto con todas las facturas y por lo menos dos estimados por las reparaciones de los daños.

Sección IX. Complete esta sección si un vehiculo motorizado se vio implicado junto con una copia del reporte policial. Usted deberá presentar una copia de su tarjeta de la aseguranza u hoja de declaración.

Las lesiones personales deberán ir acompañadas con la documentación apropiada, números de pólizas de seguro, fechas de vigencia y etc. Cualquier otro daño deberá ir acompañado con la información de la aseguranza apropiada, número de póliza, fechas de vigencia y deducible.

La Junta de Reclamaciones requiere el formulario de reclamación original. No se investigarán **LAS RECLAMACIONES ENVIADAS POR FAX**. Aunque un formulario de reclamación puede enviarse por medio de fax para efectos de la declaración dentro de la ley de prescripción, el original deberá presentarse antes de que se investigue la reclamación.

No podrán otorgarse las reclamaciones por motivo de lo siguiente:

- Reclamaciones inferiores a \$100.
- Reclamaciones por concepto de dolores y sufrimiento.
- Reclamaciones colaterales, dependientes o por acción subrogatoria.
- Reclamaciones donde una agencia estatal no cuenta con jurisdicción (por Ej., áreas o eventos donde la responsabilidad legal recae con las entidades o agencias no estatales contratadas.

USTED DEBERA FIRMAR como demandante y usted DEBERA presentar su seguro social o identificación federal antes de que su reclamación pueda ser investigada o presentada para una audiencia.

VII. ¿De qué manera cree que la agencia estatal o el empleado tuvieron la culpa? ¿Qué más pudo haber hecho el estado?

VIII. Indique la cantidad de dólares específica de su reclamación. Proporcione facturas, recibos y/o **DOS** estimados de reparaciones como comprobantes del costo de los daños sostenidos. **Esta cantidad será modificada de acuerdo a la cantidad que usted pueda recuperar de la aseguranza.**

\$ _____

IX. Si se vieron implicados vehículos motorizados, por favor complete lo siguiente:

VEHICULO ESTATAL:

Número de placas, si se conocen _____

Conductor, si se conoce _____

VEHICULO DEL DEMANDANTE:

¿A nombre de quién está registrado el vehiculo? _____

****Esta reclamación deberá ser presentada y firmada por el propietario registrado.**

Año, marca y modelo del vehiculo: _____

Nombre y domicilio del conductor y pasajeros:

Nombre y número de teléfono de la oficina a la que usted contactó para obtener su formulario de reclamación.

Nombre de la autoridad u oficial competente que investigó el incidente: _____

Por favor proporcione una copia del informe policial, informe del incidente, o informe de tráfico uniforme de ser posible.

Conforme a lo dispuesto en el KRS 44.070, la Junta solo podrá pagar lo que el demandante no pueda recuperar por medio de la aseguranza o cualquier otra fuente. La Junta deberá reducir cualquier premiación por la cantidad que el demandante tiene derecho a recibir de cualquier cobertura de seguros. Por favor presente las pruebas que demuestran que todas las facturas se han presentado a su compañía de seguros y proporcione la cantidad exacta de gastos varios del demandante y la cantidad no cubierta por la aseguranza. Para poder atender su reclamación así como fue presentada, proporcione toda la información enseguida relacionada a los daños incurridos por usted.

Por favor proporcione una copia de su tarjeta de su aseguranza u hoja de declaración.

DAÑOS AL VEHICULO

1) Agente de Seguro y Domicilio: _____

teléfono #: _____

2) Compañía de Seguros: _____

Número de Póliza: _____

Fechas de Vigencia: _____

3) Cobertura de Colisión Vigente: ()Si ()No Cantidad del Deducible \$ _____

4) Cobertura Comprensiva Vigente: ()Si ()No Cantidad del Deducible \$ _____

5) Responsabilidad Civil solamente: ()Si ()No

LESIONES PERSONALES

6) Seguro de Hospitalización Vigente: ()Si ()No

Seguro Dental Vigente: ()Si ()No

Nombre de la Compañía de Seguros: _____

Numero de póliza: _____ Fechas Vigentes: _____

Cantidad del deducible: _____ ¿Se ha cumplido su deducible este año? ()Si ()No

7) Cobertura de Aseguranza Comprensiva Vigente: ()Si ()No

Nombre de la Compañía: _____

Número de Póliza: _____ Fechas Vigentes: _____

Deducible: ¿ _____ se ha cumplido? ()Si ()No

8) Si usted cuenta con cualquier otra cobertura de seguros que le permite recuperar los daños

que son objeto de su reclamación, por favor enumere qué tipo y la cantidad del deducible,

si aplica. _____

OTROS DAÑOS

9) Cobertura de Vivienda _____ Casa _____ Casa Móvil _____

Nombre de la Compañía: _____

Número de Póliza: _____ Fechas de Vigencia: _____

Deducible: ¿ _____ se ha cumplido? () Si () No

10) Si usted cuenta con cualquier otra cobertura de seguros que le permite recuperar los daños

que son objeto de su reclamación, por favor indique qué tipo y la cantidad del deducible,

si aplica. _____

USTED DEBERA FIRMAR: Firma del Demandante: _____

Domicilio: _____

Teléfono de día: _____ (trabajo) Teléfono: _____

Teléfono móvil: _____

Fecha: _____

NOSOTROS DEBEMOS CONTAR CON:

El Número de Seguro Social o Número de Identificación Federal: _____

Firma del Abogado: _____

(si es representado por un Abogado)

Domicilio: _____

Teléfono: _____ Fecha: _____

Número de ID Federal: _____

La reclamación deberá ser presentada a la Junta de Reclamaciones dentro de un año de la fecha del incidente.

SI EL DEMANDANTE ES UNA CORPORACION ENTONCES LA RECLAMACION DEBERA SER PRESENTADA POR UN ABOGADO CERTIFICADO EN EL ESTADO DE KENTUCKY.